

Autorización para Usar y/o Compartir Información Educativa y de Salud Protegida

1. Autoriza a los siguientes proveedores a usar y/o compartir Información educativa y/o de salud protegida sobre mi hijo/a.	
_____	_____
(Nombre del Estudiante/niño/a)	(Fecha de Nacimiento)
_____	_____
(Otro nombre usado por el estudiante/niño/a)	(Nombre de la Escuela y/o Programa)
Nombre y dirección del proveedor de atención médico autorizado para:	Nombre y dirección de la escuela/programa EI/ECSE autorizado para:
<input type="checkbox"/> Enviar/compartir información de salud protegida	<input type="checkbox"/> Enviar/compartir información educativa
<input type="checkbox"/> Recibir/usar información educativa	<input type="checkbox"/> Recibir/usar información de salud protegida
_____	_____
_____	_____

2. Entiendo que esta información se utilizará para los siguientes propósitos (marque todo lo que corresponda):	
<input type="checkbox"/> Determinar la elegibilidad para educación especial, EI/ECSE u otros servicios	<input type="checkbox"/> Desarrollar un Programa de Educación Individualizado apropiado o un Plan de Servicio Familiar Individualizado
<input type="checkbox"/> Determinar los niveles actuales de desempeño del estudiante/niño/a	<input type="checkbox"/> Otro(especificar): _____
<input type="checkbox"/> Desarrollar un plan de salud individualizado	_____

3. Al marcar las casillas a continuación, autorizo el uso/compartir de los siguientes registros médicos y/o educativos específicos:		
<input type="checkbox"/> Declaración de elegibilidad del médico	<input type="checkbox"/> Información educativa	<input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas
<input type="checkbox"/> Declaración de evaluación de la salud	<input type="checkbox"/> Documento IFSP/IEP	<input type="checkbox"/> Informes de trabajo social
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico	<input type="checkbox"/> Registros clínicos	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles	
<input type="checkbox"/> Información prenatal	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	

4. Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo el uso/divulgación de la siguiente información. Los registros específicos solicitados deben enumerarse a continuación, por ejemplo, evaluación, plan de tratamiento, plan de alta.	
Diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de remisión solicitada: _____	
Registros relacionados con el VIH/SIDA solicitados: _____	
Información relacionada con la salud mental solicitada: _____	
Información de prueba genética solicitada: _____	

5. Entiendo que:
a. Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla sin afectar la atención médica de mi hijo/a.
b. Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo, así como a inspeccionar o copiar cualquier información que se usará y/o compartirá bajo esta autorización (si lo permiten las leyes estatales y federales. Consulte 45 CFR § 164.524).
c. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a _____. Sin embargo, no afectará las acciones realizadas antes de recibir la revocación o las acciones realizadas en base a la información previamente compartida.
d. Las reglas federales de privacidad para la <u>información de salud protegida</u> se aplican solo a los planes de salud, centros de información de atención médica o proveedores de atención médica. Si autorizo la divulgación de información médica a otras agencias o individuos, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.
e. Las reglas federales de privacidad para la <u>información educativa</u> se aplican solo a las escuelas y los programas EI/ECSE. Si autorizo a compartir la información educativa a otras agencias o individuos, es posible que la información compartida ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

6. Doy mi consentimiento para el uso/compartir la información anterior. Entiendo que está prohibido el uso de esta información por cualquier motivo que no sea el expresado anteriormente. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en información que ya se haya divulgado.	
_____	_____
(Firma del padre, tutor legal, estudiante/niño/a)	(Fecha)

(Relación con el estudiante/ niño/a)	

Esta autorización vence el (mes/día/año): _____ (sin exceder un año a partir de la fecha de la firma anterior).
--

Autorización para Usar y/o Compartir Información Educativa y de Salud Protegida

Finalidad del formulario:

- Este formulario fue creado para que las agencias educativas puedan solicitar información de las entidades de salud que requieren formularios de divulgación que cumplan con HIPAA. (HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)
- Este formulario se usa cuando es necesario obtener el consentimiento de un padre, tutor legal o estudiante/niño/a para autorizar a la agencia mencionada a:
 - Enviar/compartir información de salud protegida y/o información educativa; y/o
 - Recibir/usar información de salud protegida y/o información educativa

Instrucciones para completar el formulario:

Casilla 1. Obligatorio.

- Ingrese el nombre legal completo del estudiante/niño/a, incluido el segundo nombre;
- Ingrese otros nombres usados por el niño/a, incluyendo apodosos;
- Ingrese la fecha de nacimiento del niño/a;
- Ingrese el nombre y la dirección del proveedor de atención médica que enviará o recibirá la información médica y/o educativa protegida solicitada;
- Ingrese el nombre y la dirección del distrito escolar o del programa EI/ECSE que envía o recibe la información médica y/o educativa protegida solicitada; y
- Marque todas las casillas correspondientes que correspondan indicando qué proveedor está autorizado para enviar y qué proveedor está autorizado para recibir información protegida sobre salud y/o educación.

Casilla 2. Obligatorio.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a cómo se utilizará la información protegida de salud y/o educativa solicitada. Para un registro que no está representado en la lista, marque la casilla "otro" y especifique un tipo diferente de propósito.

Casilla 3. Obligatorio.

- Marque todas las casillas que correspondan con respecto a qué registros médicos y/o educativos específicos se solicitan. Para un registro que no está representado en la lista, marque la casilla "otro" y especifique un tipo de registro diferente.

Casilla 4. Se requiere solo si se solicita alguno de los cuatro tipos de registros indicados. Esta casilla debe dejarse en blanco si no se solicita ninguno de estos cuatro tipos de registros.

- Los cuatro tipos de registros indicados requieren un nivel adicional de protección. Para solicitar cualquier registro en el cuadro n.º 4, el tipo específico de registro debe figurar en los espacios provistos y el padre, tutor legal o estudiante/niño/a debe poner sus iniciales en el espacio antes de cada tipo de registro solicitado. Por ejemplo, para la información de salud mental, un programa podría indicar "evaluación del psicólogo" y luego el padre, tutor o estudiante/niño/a colocaría sus iniciales en el espacio al comienzo de la línea de información de salud mental.

Casilla 5. Obligatorio.

- Este cuadro contiene información relacionada con los derechos de los padres, tutores o niños al otorgar autorización, incluido el derecho a negarse a firmar, el derecho a solicitar una copia después de firmar, el derecho a inspeccionar la información que se usará y/o compartirá, y el derecho a revocar la autorización. Se proporciona información que aclara que cuando se envía la información solicitada, es posible que las leyes que protegen esa información ya no se apliquen, ya que la agencia receptora puede no estar sujeta a las mismas leyes que la agencia emisora.
- En el inciso c., identifique quién recibirá la potencial revocación. El comunicado aclara que, si ya se tomó una acción, por ejemplo, ya se envió información de salud protegida, entonces la revocación para esa información específica no es válida. Sin embargo, la agencia podrá devolver voluntariamente la información recibida después de firmada y presentada la revocación.

Casilla 6. Obligatorio.

- El padre, tutor legal o estudiante/niño/a debe firmar para que la autorización sea válida. Si es padre o tutor, se debe indicar la relación con el niño/a. Se debe ingresar la fecha de la firma.
- La autorización sólo es válida para los fines marcados o indicados en el formulario.

Casilla 7. Requerido.

- El mes, día y año en que expirará esta autorización debe incluirse en el espacio proporcionado. La fecha no debe pasar más de un año después de la fecha de la firma.

Direcciones adicionales

- Coloque una copia de este formulario en el archivo del estudiante/niño/a.
- HIPAA requiere que el distrito escolar/EI/ECSE entregue una copia del formulario de autorización a las personas que lo firmen y soliciten una copia. Sin embargo, se recomienda como práctica que el distrito/programa escolar entregue automáticamente al padre, tutor o estudiante/niño/a una copia del formulario después de haberlo firmado, ya sea que lo soliciten o no, para que tengan un registro de la autorización.